

Tema 5. Manejo inicial del niño con sospecha de aspiración de cuerpo extraño

En un niño con sospecha de aspiración de cuerpo extraño, el manejo inicial se centra en evaluar rápidamente la gravedad, asegurar oxigenación y ventilación, y decidir de forma urgente si precisa maniobras de desobstrucción o derivación inmediata para broncoscopia.

Valoración inicial

- Valorar de inmediato el estado general usando el triángulo de evaluación pediátrica (aspecto, respiración, circulación) y la presencia de estridor, sibilancias, tiraje, cianosis o disminución unilateral del murmullo vesicular.
- Considerar siempre el antecedente de atragantamiento/ brusca aparición de tos, disnea o sibilancias, aunque hasta un 20% pueden estar inicialmente poco sintomáticos.

Obstrucción leve (tos efectiva, niño consciente)

- Si el niño está consciente, tose con fuerza, llora o habla, y no presenta gran dificultad respiratoria, no realizar maniobras de desobstrucción; se le anima a seguir tosiendo y se monitoriza estrechamente.
- Administrar oxígeno si lo precisa, mantenerlo en posición de confort, ayuno relativo y derivación urgente a centro con broncoscopia para valoración y extracción, incluso aunque la radiografía sea normal.

Obstrucción grave (tos inefectiva o ausencia de tos)

- Signos de obstrucción casi completa: incapacidad para hablar o llorar, tos débil o ausente, tiraje intenso, cianosis, agitación extrema o disminución rápida del nivel de conciencia.
- Niño consciente con obstrucción grave: realizar ciclos de 5 golpes interescapulares seguidos de 5 compresiones torácicas en lactantes, o 5 compresiones abdominales (maniobra de Heimlich) en mayores de 1 año, hasta expulsión del cuerpo extraño o pérdida de conciencia.

Niño inconsciente

- Activar sistema de emergencias, colocar en superficie firme, abrir la vía aérea, inspeccionar la boca y extraer solo cuerpos extraños claramente visibles, evitando barridos digitales a ciegas.
- Iniciar RCP pediátrica con ventilaciones de rescate y compresiones torácicas, comprobando la boca antes de cada ventilación por si el cuerpo extraño se hace visible, y continuar hasta recuperación, llegada de ayuda avanzada o agotamiento.

Tras la estabilización

- Todo niño con sospecha fundada de aspiración, aunque se encuentre estable, debe ser remitido a un centro con capacidad para broncoscopia rígida bajo anestesia general, que es el tratamiento de elección para la extracción.
- Mantener observación estrecha hasta la extracción, monitorizando respiración y saturación, y valorar tratamiento broncodilatador, antibiótico o corticoideo según evolución y hallazgos radiológicos si el cuerpo extraño lleva tiempo alojado.

Aspectos relevantes en el lactante

La diferenciación entre obstrucción parcial y total de la vía aérea en lactantes se basa en la capacidad del bebé para emitir sonidos y mover aire efectivamente. En la obstrucción parcial, la lactante tose con fuerza, llora vigorosamente o emite sonidos, indicando que el aire aún pasa aunque con dificultad. En contraste, la obstrucción total se caracteriza por ausencia de tos, llanto o vocalización, con respiración silenciosa o inaudible.

Signos clave de obstrucción parcial

- Tos efectiva, llanto fuerte o balbuceo audible, con posible estridor o ruido respiratorio añadido.
- El lactante permanece consciente, aunque puede mostrar agitación leve o tiraje moderado, pero mantiene saturación de oxígeno aceptable.

Signos clave de obstrucción total

- Ausencia completa de sonidos (no tose, no llora, no emite voz), boca abierta y respiración ineficaz o nula.
- Signos graves como cianosis rápida, agitación extrema, pérdida de conciencia inminente y saturación de O₂ por debajo de 85-90%.

Manejo según tipo de obstrucción

Parcial (consciente): Animar la tos, posicionar inclinado hacia adelante para gravedad, no intervenir con golpes ni compresiones; monitorizar y derivar urgentemente.

Total (consciente): Realizar 5 golpes en la espalda (entre omóplatos, con cabeza más baja que tórax) seguidos de 5 compresiones torácicas (dos dedos en centro del esternón); repetir hasta expulsión o inconsciencia

En lactantes inconscientes con obstrucción total, iniciar RCP con 15 compresiones torácicas + 2 ventilaciones, inspeccionando boca entre ciclos. Siempre activar emergencias y priorizar vía aérea.

Precauciones clave

Evitar compresiones abdominales (Heimlich) en lactantes menores de 1 año por riesgo de lesión visceral. Detener si aparece tos efectiva y derivar urgentemente a centro con broncoscopia. Activar emergencias siempre.

En lactantes con obstrucción respiratoria por cuerpo extraño, iniciar RCP inmediatamente cuando el lactante pierde la conciencia, presenta apnea o pulso débil/ausente, tras fallar las maniobras de desobstrucción en obstrucción grave consciente. Esto sigue los algoritmos de soporte vital pediátrico adaptados a obstrucción de vía aérea.

Criterios para iniciar RCP

- Pérdida de conciencia durante maniobras de desobstrucción (5 golpes en espalda + 5 compresiones torácicas): el lactante deja de responder, no respira o tiene pulso filiforme.
- Ausencia de signos vitales: apnea completa, cianosis progresiva y bradicardia (<60 lpm), indicando fallo circulatorio inminente.

Secuencia de RCP modificada

- Colocar al lactante en superficie firme, abrir vía aérea con cabeza en posición neutra, inspeccionar boca y extraer objeto solo si visible (sin barrido ciego).
- Realizar 15:2 (15 compresiones torácicas con 2 dedos + 2 ventilaciones), revisando boca antes de cada ventilación por posible desplazamiento del cuerpo extraño; continuar hasta recuperación, llegada de ayuda o agotamiento.
- Activar emergencias al inicio y usar desfibrilador si disponible tras estabilización inicial.